**社会福祉法人横浜市リハビリテーション事業団職員採用試験申込書**

(写真データを貼付してください)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 試験区分(職種) | 薬剤師 | 受験番号(記入不要) | **※** |

５ｃｍ×４ｃｍ程度・３か月以内撮影・上半身・正面向き・脱帽 ⇒

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生 | 令和5年4月1日現在年齢　　歳 |
| 現住所 | (〒　　　－　　　　)TEL　　　(　　　) |
| 連絡先 | (〒　　　－　　　　)TEL　　　(　　　) |
| Ｅﾒｰﾙ | 　　　　　　　　　　　　@ |
| 学歴(中学校卒業期から順に上から記載) | 学校名 | 学部・学科・専攻 | 該当に○ | 在学期間 ※和暦 |
|  |  | 卒業　中退卒業見込 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 卒業　中退卒業見込 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 卒業　中退卒業見込 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 卒業　中退卒業見込 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 卒業　中退卒業見込 | 年　　月～　 年　　月 |
| 職歴(古い順に上から記載) | 会社名 | 職務内容 | 該当に○ | 在職期間 ※和暦 |
|  |  | 正社員　その他 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 正社員　その他 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 正社員　その他 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 正社員　その他 | 年　　月～　 年　　月 |
|  |  | 正社員　その他 | 年　　月～　 年　　月 |
| 資格・免許 | 名称 | 取得(見込)年月日 | 発行者 | 記号・番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 上記のとおり相違ありません。令和　　年　　月　　日　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　 |
| ★車いす用の机や手話通訳など、受験の際に配慮が必要な方はお申し出ください。 |

※Ａ４サイズ１ページに収めてください。